

*INTESTAZIONE DEL MEDICO*

*CERTIFICO CHE L'ASSISTITO / A* \_\_\_\_\_

*NATO / A* \_\_\_\_\_ *IL* \_\_\_\_\_

*E RESIDENTE IN TORREGROTTA VIA* \_\_\_\_\_

*NECESSITA DI ASSISTENZA DOMICILIARE*

*TRATTASI DI ASSISTITO (BARRARE LE VOCI CHE RICORRONO):*

*CON INVALIDITA' RICONOSCIUTA AL \_\_\_\_\_% \**

*NON AUTOSUFFICIENTE, IN ATTESA DI RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA', PER LE SEGUENTI PATALOGIE* \_\_\_\_\_

*PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE, IN ATTESA DI RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA', PER LE SEGUENTI PATOLOGIE* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*POSSIBILITA' MOTORIE NULLE*  *RIDOTTE*

*INDICARE LA PERCENTUALE, SE SCONOSCIUTA*

*FIRMA*